

GUIDE de La LPPr

POUR

LES NULS

Elaboré par

Euro-Pharmat

2 rue viguerie

31059 Toulouse 09

www.euro-pharmat.com



Table des matières

1.	Généralités.....	3
1.1.	Définition de la LPPr	3
1.2.	Règles d’inscription sur la LPPr	3
2.	La LPPr et le Titre III à l’hôpital.....	4
2.1.	La T2A à l’hôpital	4
2.2.	Règles de financement des DM.....	4
2.2.1	En hospitalisation	4
2.2.2	En consultation.....	5
2.3.	Remboursement hors GHS des DMI utilisés du titre III de la LPPr.	5
2.4.	Remboursement et contrat de bon usage(CBU)	5
3.	Tarif de remboursement par l’Assurance Maladie	5
4.	Glossaire	7

1. Généralités

1.1. Définition de la LPPr

La LPPr, aussi appelée LPP, est la **Liste des Produits et Prestations remboursables** par l'Assurance Maladie (cf site AMELI www.ameli.fr)

La LPPr est constituée de 5 titres :

- Titre I : DM pour traitements, aides à la vie, aliments, pansements et prestations associées
- Titre II : Orthèses et prothèses externes
- Titre III : Dispositifs médicaux implantables, implants et greffons tissulaires d'origine humaine
- Titre IV : Véhicules pour handicapés physiques
- Titre V (en cours de création) : dispositifs médicaux invasifs à usage individuel, utilisés pour ou pendant la réalisation d'un acte professionnel, au cours d'une hospitalisation ou en environnement hospitalier et ne pouvant être utilisés que par un médecin.

Les produits et prestations des titres I, II et IV relèvent de la médecine de ville, les titres III et V des établissements de santé publics ou privés (il n'y a pas de prestations prévues dans ces titres)

1.2. Règles d'inscription sur la LPPr

L'article L-165-1 du Code de la Sécurité Sociale définit les règles d'inscription sur la LPPr. Cette liste est établie après avis d'une commission de la Haute Autorité de Santé, la CNEDIMTS, mentionnée à l'article L. 161-37. L'inscription est effectuée :

- soit par la description générique de tout ou partie du produit concerné, ex : [3187045 - EPAULE, TIGE HUMERALE STANDARD, MODULAIRE](#)
- soit par la description générique renforcée permettant l'identification individuelle du produit, compte tenu de son intérêt pour la santé publique ou de son incidence sur les dépenses de l'Assurance Maladie. La déclaration de conformité est établie par un organisme compétent désigné à cet effet par l'ANSM.
- soit sous forme de marque ou de nom commercial. Ex Pipeline Flex

La LPP définit tout ou partie des éléments suivants :

- Les spécifications techniques
- Les indications
- Les conditions de réalisation (par exemple le type de salle, l'environnement d'utilisation)
- Le nombre de poses /an/praticien
- La qualification du prescripteur (par exemple pour le dispositif Essure)
- Le nombre de poses/an/centre (par exemple pour les prothèses de cheville)
- Le nombre d'implants/patient (par exemple pour les endoprothèses coronaires)
- La demande d'entente préalable
- La réalisation d'une concertation multidisciplinaire (ou multiprofessionnelle) jusqu'à formalisation de type RCP
- La prescription sur une ordonnance d'exception (par exemple prothèse discale Maverick)
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/formulaires/S3326.pdf

2. La LPPr et le Titre III à l'hôpital

2.1. La T2A à l'hôpital

La T2A constitue le mode unique de financement pour les activités MCO des établissements de santé publics et privés. Le tarif de prise en charge de chaque activité est fixé chaque année par le ministre chargé de la santé via le mécanisme des GHS / GHM. Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet de classer le séjour de chaque patient au sein d'un « groupe homogène de malades » (GHM) auquel est associé un (ou parfois) plusieurs « groupe(s) homogène(s) de séjour » (GHS). Ceux-ci conditionnent le tarif de prise en charge par les régimes d'Assurance Maladie.

Un nombre important de missions assurées par les établissements (ex dotation globale) est financé par des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation interne (MIGAC), dont les missions d'enseignement, de recherche et d'innovation (les MERRI). Certaines activités spécifiques, telles les urgences, la coordination des prélèvements d'organes et les greffes font l'objet d'un financement forfaitisé. Certains médicaments onéreux et DM sont pris en charge en sus des tarifs de prestations dits « hors GHS » ou « en sus » des GHS.

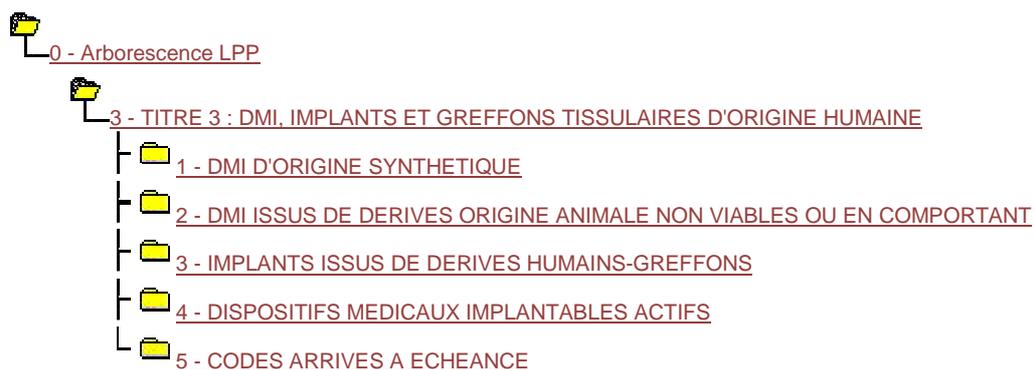
2.2. Règles de financement des DM

2.2.1 En hospitalisation

Les dispositifs médicaux (DM) ne sont pas facturables aux patients hospitalisés car les dépenses afférentes sont incluses dans les forfaits des GHS, ou prises en charge par l'Assurance Maladie en sus de ces forfaits.

Les DM en sus des GHS doivent être inscrits sur la LPPr pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

<http://www.atih.sante.fr/dispositifs-medicaux-pris-en-charge-en-sus>



2.2.2 En consultation

Sur des séjours de type consultation, le remboursement des DM est possible à condition que la consultation soit identifiée APE pour acte de prestation externe. Exemples : télésurveillance cardiologique, processeur pour implant cochléaire, dispositif de comblement pour lipodystrophies, certaines prothèses phonatoires, ...

2.3. Remboursement hors GHS des DMI utilisés du titre III de la LPPr

Pour les patients ayant bénéficié de l'implantation d'un ou plusieurs DM inscrits sur la LPPr, l'établissement doit déclarer les codes LPPr reliés aux séjours (type CMO). Ces codes sont envoyés avec l'ensemble des données PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information).

Les dépenses associées aux séjours terminés sont valorisées puis l'établissement est remboursé sur la base des tarifs des prix d'achat. Le prix d'achat ne peut pas être supérieur au prix limite de vente (PLV) établi sur la liste. Si la dépense est supérieure au tarif, le remboursement se fait selon le tarif. Si le prix d'achat est inférieur au PLV, la moitié de l'écart tarifaire indemnisable (ETI) est reversée à l'établissement. L'autre moitié reste à l'assurance maladie.

*Exemple stent coronaire nu : code LPP 3142930

Tarif LPPr : 500 € au 1/4/2016,

Prix d'achat : 300 €,

Montant remboursé à l'établissement : $300+100=400$ €

2.4. Remboursement et contrat de bon usage(CBU)

Le remboursement à taux plein du DM est conditionné par le respect des conditions d'utilisations définies par la LPPr. Celles-ci encadrent le bon usage qui est prévu par le CBU.

Pour faciliter ce bon usage, Euro-pharmat publie des référentiels de bon usage (RBU) www.euro-pharmat.com/referentiel.aspx qui répertorient toutes les indications reconnues LPPr, les exclusions, les modalités de prescriptions et d'utilisation, les indications non recommandées et les éléments scientifiques complémentaires de justification.

Le CBU prévoit un suivi de la répartition des prescriptions au regard des référentiels (LPPr/hors LPPr). En cas de prescription hors LPPr, il est demandé par le CBU de porter au dossier du patient les justifications comme défini ci-dessus. Dans le cadre du CBU, les dossiers peuvent faire l'objet d'audits internes, externes et de contrôles par les services de l'Assurance Maladie. Des sanctions financières sont possibles en cas de non-respect du CBU dans son ensemble.

3. Tarif de remboursement par l'Assurance Maladie

Le tarif de remboursement du produit ou de la prestation fait l'objet d'une négociation entre le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS)(cf chapitre 3)et le demandeur.

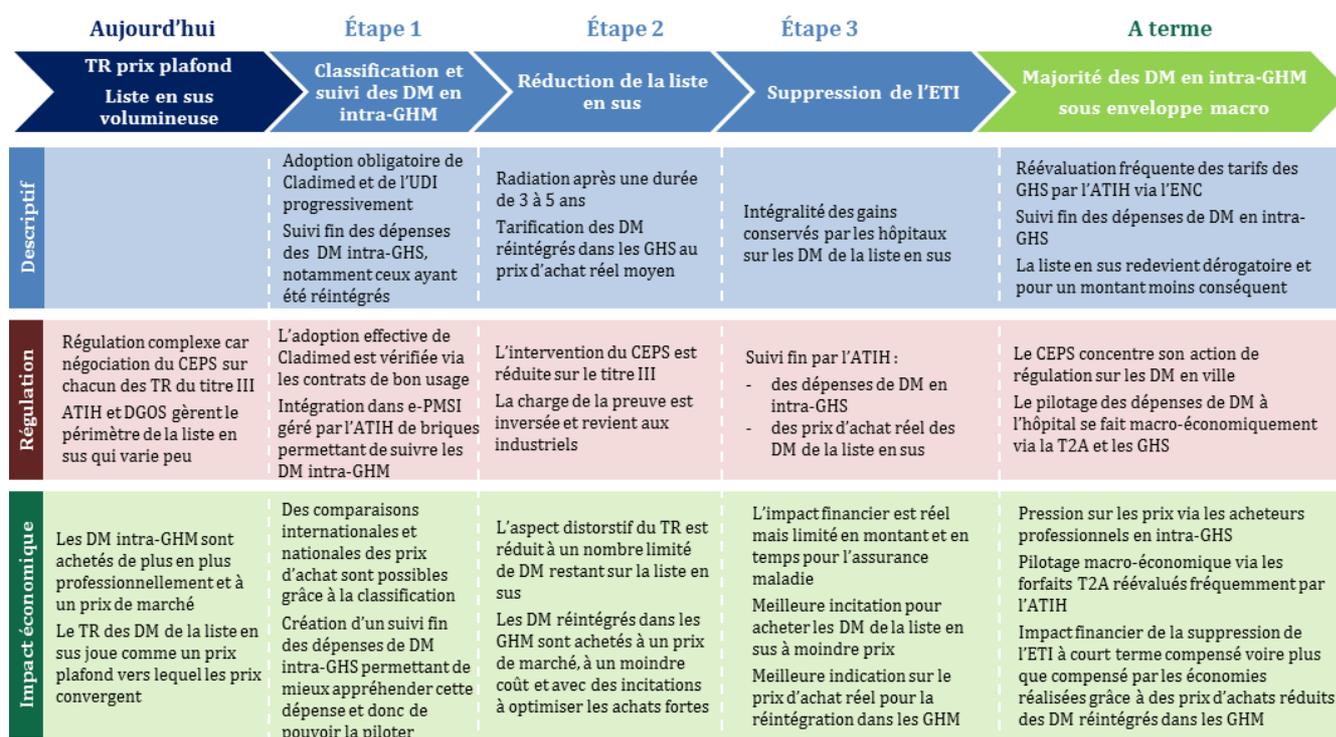
<http://social-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ceps-comite-economique-des-produits-de-sante>

A chaque code LPPr correspond un tarif de remboursement, un prix de cession, un prix limite de vente, et des dates de prise en charge. En fonction du taux d'évolution des dépenses, la liste, les prix de cession et le tarif peuvent être révisés à l'initiative de l'Assurance Maladie ou de la HAS.

Les DM peuvent être radiés de la liste, peuvent passer d'un code LPP de marque à un code LPP générique. Chaque création, modification, radiation fait l'objet d'une parution au Journal Officiel.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_419486/fr/commission-nationale-d-evaluation-des-dispositifs-medicaux-et-des-technologies-de-sante-vises-a-l-article-l-165-1-du-code-de-la-securite-social

Graphique 5 : Synthèse et séquençage des propositions relatives aux dispositifs médicaux de la liste en sus



Source : igf.finance.gouv.fr-revue des dépenses 2015

4. Glossaire

Ameli : Assurance Maladie en ligne

ATIH : agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CBU : contrat de bon usage

CEPS : Comité économique des produits de santé

CNAMTS : caisse nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés

CNEDIMTS : commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé

DGOS : direction générale de l'offre de soins

DMI : dispositif médical implantable

ENC : échelle nationale de coûts

ETI : écart tarifaire indemnisable

GHM : groupe homogène de malade

GHS : groupe homogène de séjour

HAS : haute autorité santé

LPPR : liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie.

MCO : médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information.

RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire

T2A : tarification à l'activité